189
Lane Medical Library

Ueber

die Heilung der Wanderniere durch Nephrorhaphie.

Inaugural-Dissertation

zur

Erlangung der Doctorwürde in der Medicin und Chirurgie,

welche

mit Genehmigung der hohen medicinischen Fakultät

der

vereinigten Friedrichs-Universität Halle-Wittenberg

zugleich mit den Thesen

Dienstag, den 15. August 1893, Vormittags 11 Uhr

öffentlich verteidigen wird

Franz Encke

aus Greifswald.

Referent: Herr Prof. Dr. **von Bramann.**

Opponenten:

Herr cand. med. **Wilhelm Nagel.**

Herr cand. med. **Martin Müller.**

Halle a. S.,
Hofbuchdruckerei von C. A. Kaemmerer & Co.
1893.

Imprimatur

Prof. Dr. von Bramann

h. t. Decanus.

Obwohl schon seit dem Anfang dieses Jahrhunderts mannigfache Untersuchungen über Lageveränderungen der Niere vorliegen, ist die Ätiologie dieses Leidens auch heute noch nicht völlig klargestellt.

Man hat in Berücksichtigung der Erfahrung, dass die Lageveränderungen fast ausschliesslich die rechte Niere betreffen, an eine ursächliche Beteiligung der Leber an dem Vorgang gedacht. So ist Fischer-Benzon auf Grund von pathologisch-anatomischen Untersuchungen dafür eingetreten, dass die Leber durch den Druck, dem sie vorzugsweise bei Frauen durch das Schnüren ausgesetzt ist, nach abwärts gepresst werde und so die Niere von ihrer normalen Stelle verdränge.

Andere Autoren haben den Schwund des Nierenkapselfettes, wie er besonders nach konsumierenden Krankheiten in Verbindung mit allgemeiner Abmagerung zur Beobachtung komme, angeschuldigt; wieder andere, so Landau, führen die Entstehung der Wanderniere auf ein Sinken des intraabdominellen Druckes zurück, der unter normalen Verhältnissen wesentlich zu dem Haftenbleiben der Niere an der hinteren Bauchwand beiträgt. So erkläre sich das häufige Vorkommen der Wanderniere bei Frauen, die viel geboren und in Folge

schlecht abgewarteter Wochenbetten einen Hängebauch erworben haben.

Auch in folge von Traumen, nach einem Stoss, Sturz oder einer plötzlichen Überanstrengung der Bauchpresse hat man Beweglichkeit der Niere sich entwickeln sehen.

Manche Autoren wie Lindner nehmen als eigentliche Ursache eine angeborene Disposition, angeborene Schwäche der Befestigungsmittel in Anspruch, und räumen dem oben Angeführten nur die Bedeutung von veranlassenden Momenten ein.

Ein sicheres Urteil über die ganze Frage lässt sich indessen heute noch nicht abgeben, wahrscheinlich wird wohl eine einheitliche Ursache für die Dislokation der Niere nicht existieren, sondern jedes der angeführten Momente gegebenen Falls eine Wanderniere erzeugen können.

Das durch die Wandernieren erzeugte Krankheitsbild ist ein überaus wechselndes und mannigfaltiges, da so ziemlich alle Organe der Bauchhöhle in Mitleidenschaft gezogen werden können. Der objektive Nachweis der Nierenlösung ist besonders bei Anwendung der bimanuellen Untersuchungsmethoden unschwer zu erbringen, obwohl nach Lindner die Patienten selbst in der Regel von dem Vorhandensein des beweglichen Tumors keine Ahnung haben. Die Kranken klagen regelmässig über dauernd oder mehr anfallsweise auftretende Schmerzen, die von der Nieren- und Magengegend ausgehen und in Kreuz und Unterleib ausstrahlen. Hervorgerufen werden diese wohl durch Zerrung am Peritoneum und den grossen Nervenplexus des Bauches. Daneben bestehen konstant erhebliche Störungen im Digestionstractus, so Appetitlosigkeit, Dyspepsie, Übelkeit und Brechneigung, Symptome die wahrscheinlich auf einer Abknickung des

Duodenum durch Druck oder Zug seitens der herabgerückten Niere beruhen, weiterhin regelmässig chronische oft äusserst hartnäckige Obstipation, die durch Compression des Colon zu stande kommt.

Bei langem Bestehen kann die Gesamtheit dieser Erscheinungen schon zu grosser körperlicher Schwäche und Leistungsunfähigkeit, und zu Abmagerung führen, besonders wenn dazu, wie häufig, tiefe psychische Depression des Patienten tritt. Das aber, was die Patienten geradezu zur Verzweiflung bringt und dem Krankheitsbild noch ein ganz besonderes Gepräge giebt, sind die Erscheinungen der fälschlich sogenannten Niereneinklemmung. Die Schmerzen nehmen plötzlich, meist ohne besondere Veranlassung, kolikartigen Charakter an und steigern sich bis zu unerträglicher Höhe, bis allgemeines Ohnmachtsgefühl und wohl auch Ohnmachten eintreten; dazu kommt starkes Erbrechen, Schüttelfröste und Temperatursteigerungen. Bei der Untersuchung findet man die Niere sehr erheblich oft um das mehrfache vergrössert und schmerzhaft, die Harnausscheidung sehr gering. Hat der Anfall so einige Stunden oder auch Tage angehalten, so kann er ebenso schnell, wie er gekommen ist, verschwinden, gewöhnlich mit bedeutender Vermehrung der Urinausscheidung. Man führt den Vorgang heute wohl allgemein auf eine acut eintretende durch Achsendrehung der Niere bewirkte Abknickung des Ureters und eine dadurch hervorgerufene vollständige Harnretention im Nierenbecken und deren Folgen zurück, während manche Autoren, wie Landau, früher an eine acute venöse Stauung im Nierenparenchym, manche auch an wirklich entzündliche Vorgänge in der Umgebung der Niere zu denken geneigt waren.

Für die Richtigkeit der erstangeführten Anschauung

sprechen die Erscheinungen der chronischen intermittierenden Hydronephrose, die bisweilen bei Wanderniere beobachtet ist und die man als chronischen Vorgang der eben geschilderten acuten Incarceration zur Seite stellt. Es handelt sich dabei um in regelmässiger Abwechslung wochen- und monatelang auftretende bedeutende Schwankungen in den abgesonderten Harnmengen, denen auch Veränderungen in der Grösse der palpablen Niere entsprechen können. Subjective Störungen pflegen dabei nicht aufzutreten. Hier wird kaum an etwas anderes wie an sich abwechselnde Verengerungen und Erweiterungen des Ureterlumens durch mehr oder weniger bedeutende Torsionen des Harnleiters zu denken sein. Jedenfalls ist die Erscheinung auch für die Diagnose der beweglichen Niere von einigem Werte.

Was nun die Therapie der Wanderniere anbetrifft, so hat man seit langer Zeit auf den verschiedensten Wegen Mittel zu finden gesucht, durch die eine Fixation des Organs an seiner natürlichen oder auchan anderer Stelle zu erreichen wäre. Im Hinblick auf die Erfahrungen, die man bei der Behandlung der Hernien mit passend konstruierten Bandagen und Leibbinden gemacht hatte, lag es nahe, auf ähnliche Weise die Zurückhaltung der Niere an ihrem Platz und dieVerhinderung der weiteren Wanderung nach abwärts zu versuchen.

Es sind zu diesem Zweck von den verschiedensten Autoren eine grosse Zahl von Bandagen konstruiert worden, deren Anlage je nach der Absicht, die der Verfertiger damit verfolgte, und nach der theoretischen Stellung, die derselbe zur Frage der Ätiologie der Wanderniere einnahm, verschieden ausfiel. Selbstverständlich müssen alle diese Apparate den individuellen Verhältnissen des Patienten aufs genauste angepasst werden; im wesentlichen aber sind zwei

prinzipiell verschiedene Formen derselben zu unterscheiden. Die einen sind mit einer Pelotte versehen, die auf die bewegliche Niere aufgesetzt werden und dieselbe durch direkten Druck nach hinten und oben an der hinteren Bauchwand fixieren soll. Die zweite Form beruht auf der Annahme, dass die Wanderniere durch eine Abnahme des intraabdominellen Druckes zu stande komme, wie dies ja wahrscheinlich wenigstens für die Fälle von Entstehung der Wanderniere nach zahlreichen Geburten bei Vorhandensein eines Hängebauches und für die Fälle zutrifft, in denen sich ausser der beweglichen Niere noch allgemeine Enteroptose nachweisen lässt. Hier werden einfache gut sitzende Leibbinden oder passende Korsetts ohne Pelotte verwandt, um durch den von aussen auf die Bauchdecken ausgeübten Druck den intraabdominellen zu erhöhen und damit die Ursache für die Entstehung und das Fortschreiten der Erkrankung zu beseitigen. Es ist nicht zu leugnen, dass in vielen Fällen besonders leichterer Art diese therapeutischen Massnahmen vollkommen ausreichen, um die durch die Bewegungen der Niere ausgelösten Beschwerden zu heben und damit den Patienten einen gewissen Grad von Arbeitsfähigkeit wieder zu verschaffen. Eine Heilung im anatomischen Sinn, ein sei es durch bindegewebige Neubildung sei es durch Fettansatz bewirktes Festwerden der Niere wird man auch nach langem Gebrauch derartiger Apparate und nach noch so lange fortgesetzter Feststellung des Organs nicht erwarten können. Die Hebung oder Besserung der Beschwerden wird immer nur genau so lange anhalten, wie eben die betreffende Bandage getragen wird, so dass bei dieser Therapie die Patienten ihr ganzes Leben mit dieser immerhin nicht gering anzuschlagenden Unbequemlichkeit zu rechnen haben.

Von anderen Autoren ist im Hinblick auf die Annahme, dass die Loslösung der Niere von ihrer normalen Stelle hauptsächlich durch den Schwund des Fettes der Fettkapsel, wie er besonders nach konsumierenden Krankheiten bemerkbar werde, bewirkt sei, die Innehaltung einer allgemein roborierenden Diät und Lebensweise empfohlen worden, um durch Neubildung des geschwundenen Fettes eine definitive Heilung zu erzielen. Doch kann man wohl sehr starke Zweifel hegen, ob durch diese Behandlung sich wirklich ein Wiederfestwerden der Niere erreichen lässt. Für das Wohlbefinden des Patienten, insbesondere für seinen psychischen Zustand kann die Therapie aber gewiss recht zuträglich sein.

Auch mancherlei andere nicht chirurgische Behandlungsmethoden hat man versucht. So sah Stifler überraschenden Erfolg bei einer Wanderniere, „die in heftigsten neuralgischen Anfällen das Leben einer jungen Dame verbitterte", durch electrolytische Behandlung, eine Therapie, die sich sicherlich mehr gegen die wie so häufig mit Wanderniere kombinierte Hysterie, als gegen die Wanderniere selbst richtete.

Eine neue Ära der Therapie begann mit dem Aufschwung, den die Chirurgie mit der Einführung der Antisepsis nahm, durch die auch an Abdominalorganen operative Eingriffe ohne zu erhebliche Gefahr für den Patienten ermöglicht wurden. Man begann Wandernieren, die ihrem Besitzer unerträgliche Beschwerden machten und den oben erwähnten Behandlungsmethoden trotz boten, zu exstirpieren; eine Bewegung, die ihren Höhepunkt in Kepplers Ausspruch fand, dass jede Wanderniere, soweit sie irgend erhebliche Beschwerden mache, zu exstirpieren sei. Es ist diese Ansicht schon von vornherein als falsch zu bezeichnen, wegen

der Gefahr, die der Eingriff notwendig mit sich bringt, und die in keinem Verhältnis zu der Gefahr, die die Wanderniere als solche bietet, steht. Ist doch kaum ein Fall bekannt geworden, in dem eine Wanderniere direkt zur Todesursache geworden ist. Bei Exstirpation einer Niere ist dagegen, aseptische Wundbehandlung vorausgesetzt, ins Auge zu fassen, dass einmal die Operation bei Funktionsunfähigkeit oder gar Fehlen der zweiten Niere — beides Dinge, die sich mit absoluter Sicherheit vorher nicht diagnosticieren lassen — in wenigen Tagen zum Tode führen muss, dass andererseits ein nur mit einer Niere ausgestatteter Mensch durch jede im Lauf des Lebens eintretende Functionsstörung derselben, Entzündung, Stein- oder Geschwulstbildung allen Gefahren der Anurie in ganz anderem Masse ausgesetzt ist, wie ein normaler. Und nach Ansicht mancher Autoren, wie Landau, soll nach Exstirpation einer Niere erhöhte Neigung der zurückbleibenden zu Steinbildung und Beweglichkeit bestehen. Die Statistik der wegen Wanderniere ausgeführten Nierenexstirpationen bestätigt das oben gesagte. Nach Sulzer kommen auf 23 Nierenexstirpationen bei unkomplicierter Wanderniere und intraperitonealer Operation 14=61% Heilungen, 9=39% Todesfälle, auf 11 extraperitoneale Operationen 10=91% Heilungen, 1=9% Todesfälle. Dabei ist noch zu beachten, dass bei den intraperitonealen Operationen auch nur 3 Todesfälle auf Infection des Peritoneums zurückzuführen sind, die übrigen auf Ursachen der oben erwähnten Art, die ebensogut bei extraperitonealer Operationsmethode hätten in Geltung treten können. Ferner ist bei dieser Berechnung die Gefahr noch nicht berücksichtigt, die, wie oben ausgeführt ist, aus dem Fehlen einer Niere für die fernere Zukunft des Patienten entspringt, und die gewiss auch nicht ganz gering zu veranschlagen ist.

In Berücksichtigung dieser Gefahr, die eine Nierenexstirpation mit sich bringt, und in weiterer Erwägung, dass man sich doch nur höchst ungern entschliessen kann, ein lebenskräftiges und wichtiges, funktionierendes Organ aus dem Körper zu entfernen, hat Hahn eine neue Operationsmethode veröffentlicht, durch die die Niere einmal dem Körper erhalten wird, aber anderseits fixirt werden und so nicht mehr Ursache von Beschwerden bleiben soll; eine Methode, die fernerhin auch bei Ectopie beider Nieren Anwendung finden kann, wobei an eine Exstirpation natürlich gar nicht zu denken wäre. Diese Operation wurde von Frank als Nephrorhaphie bezeichnet.

Hahn's erster Vorschlag ging dahin, die Wanderniere von einem Lumbalschnitt aus aufzusuchen und ihre capsula adiposa durch Nähte mit der hinteren Bauchwand zu vereinigen. Theoretisch wurde damals von Landau gegen den ganzen Heilplan eingewandt, dass es nicht möglich sei, die Niere so hoch oben im Schutz der Rippen zu fixieren, wie es ihr normal zukomme, und dass bei ihrem Aufenthalt an anormaler tiefer Stelle die Beweglichkeit geradezu eine Schutzmassregel gegen die dort drohenden Insulte darstelle. Es wurde dieser Einwand mit Recht als unberechtigt zurückgewiesen einmal unter Hinweis auf die wiederholt gemachte Beobachtung, dass eine Wanderniere, die durch entzündliche Vorgänge gleichsam als natürliches Vorbild der Nephrorhaphie irgend wo in der Bauchhöhle fixiert wurde, aufhörte der Ausgangspunkt von Beschwerden zu sein; dann hat aber auch die spätere Erfahrung diese Behauptung auf das gründlichste widerlegt.

Indessen erwies sich das erste Verfahren Hahn's doch in nicht allzulanger Zeit als unzureichend und mangelhaft

in sofern, als die Fixation der Niere bei dieser Art der Befestigung keine dauernde blieb und so die Mehrzahl der zuerst operierten Fälle sehr bald recidivierte. Die Resultate der Operation besserten sich aber, wie die erste Zusammenstellung von Frank und die spätere von Sulzer, die wir noch öfter zu erwähnen haben werden, zeigt, mit der weiteren Ausbildung der Methode sehr bedeutend. Hatte Hahn sich anfangs begnügt, die Nähte einfach durch die Fettkapsel zu legen, so ging man bald zur Spaltung der Fettkapsel und Durchnähung der capsula propria über, legte dann weiterhin die Fäden nicht nur durch die capsula propria, sondern auch erst oberflächlich, dann tief, durch das Parenchym selbst. Schliesslich wurde auch die capsula propria noch gespalten und vom Parenchym abgehoben oder reseciert, um durch die narbige Verwachsung der freigelegten Parenchymfläche mit der hinteren Bauchwand besonders festen Halt zu erzielen. Um auch noch auf andere Weise möglichst sichere Befestigung der Niere zu erreichen, legten einzelne Autoren durch das Parenchym gezogene Fäden um die letzte Rippe, um so die Niere gleichsam an derselben aufzuhängen. Auch die Resektion der 12. Rippe ist einigemal ausgeführt worden, um das Organ seiner normalen Stelle möglichst zu nähern. Die zusammenfassende Statistik von Sulzer über 80 länger beobachtete, an 75 Personen ausgeführte Operationen zeigt guten Erfolg in 45, Besserung der Beschwerden in 7, Misserfolg d. h. Bestehenbleiben der Beschwerden trotz gelungener Fixation in 9, Recidiv in 13, Tod in 2 Fällen, für die übrig bleibenden 4 Fälle ist das Resultat als unbestimmt bezeichnet. Dabei ist zu beachten, dass bei Naht nur der capsula adiposa auf achtmaliges Fixiertbleiben 4 Recidive kommen, die gleiche Zahl auf 16maliges Festbleiben bei

Naht auch der propria, die gleiche Zahl der Recidive auf 32maliges Festbleiben bei Legung der Nähte durch das Parenchym; dass also die Zahl der Erfolge mit dem Fortschritt der Methode sehr erheblich gestiegen ist.

Die Zahl der von Sulzer als Misserfolge bezeichneten Resultate, bei denen die Niere zwar fixiert, die Beschwerden der Kranken aber weiter bestehen blieben, steigt nach seiner Statistik bei den wechselnden Methoden ungefähr mit der Gesamtzahl, wie dies von vornherein zu erwarten ist. Es handelt sich dabei eben um Fälle, in denen die Ursache der Leiden garnicht in der Beweglichkeit der Niere, sondern irgend wo anders zu suchen ist. Vor allem ist dabei wohl an Hysterie zu denken, deren mannigfacher Symptomenkomplex erfahrungsmässig überaus häufig mit Wanderniere kombiniert auftritt, und bei der mit dem Ablauf der psychischen Wirkung der Operation natürlich auch die alten Klagen, vielleicht noch um neue vermehrt, sich wieder einfinden.

Die zwei Todesfälle, die Sulzer erwähnt und die auch bis auf den heutigen Tag die einzigen geblieben sind, sind nicht einmal mit Sicherheit der Operation zur Last zu legen. In dem einen Fall von Ceccherelli wurde eine Naht um die 12. Rippe gelegt und dabei die Pleura verletzt. Der Tod trat bald nach der Operation unter den Erscheinungen des Kollapses ein. Die Sektion ergab nur geringe Rötung und Exsudatansammlung im Pleuraraum und Atelektase der betreffenden Lunge, ausserdem Atheromatose der grossen Gefässe. In dem zweiten von Hahn operierten Fall handelt es sich um ein mit den Erscheinungen des Darmverschlusses eingebrachtes Mädchen; bei der Laparotomie fand sich eine Wanderniere, die als mögliche Ursache des Ileus angesprochen und deshalb angenäht wurde. Die Erscheinungen hielten

aber weiter an und der Tod trat nach einigen Tagen ein. Will man aber selbst diesen Todesfall der Nephrorhaphie zur Last legen, so ergiebt das bei Sulzer eine Mortalität von 2,5%, während, wie wir schon sahen, die Sterblichkeit bei Exstirpation der unkomplizierten Wanderniere etwa 27% betrug. Dazu kommt, dass seit Sulzers Zusammenstellung noch viele Nephrorhaphien ausgeführt sind, ohne dass ein weiterer Todesfall zu verzeichnen ist. Jedenfalls ist von diesem Gesichtspunkt aus die Operation als annähernd gefahrlos zu bezeichnen.

Zur Beurteilung der heutigen Prognose der Operation bezüglich des Erfolges darf man von der auszugsweise mitgeteilten Statistik Sulzer's nicht die Gesamtzahlen berücksichtigen, in denen die nach alten Methoden operierten Fälle und damit auch die Recidive eine grosse Rolle spielen. Man wird vielmehr nur die Fälle heranziehen können, bei deren operativer Behandlung Nähte durch das Parenchym der Niere gelegt wurden, da die älteren Methoden heutzutage allgemein verlassen sind.

Ein gleich günstiges Resultat, wie die Zusammenstellung dieser Gruppe bei Sulzer ergiebt in der That ein Blick auf die in späterer Zeit ausgeführten Nephrorhaphien. Zwei diesbezügliche Kranken- und Operationsgeschichten an dieser Stelle mitzuteilen, hat Herr Professor von Bramann mir gütigst gestattet. Der erste Fall ist folgender:

Fräulein N., 51 Jahr alt, wurde im Alter von 5½ Jahren von einem Leiterwagen über den Leib gefahren; einige Tage danach bestanden heftige Schmerzen in der Magengegend und in der rechten Seite. Schmerzen gleicher Art traten seitdem in Zwischenräumen von 2—3 Monaten auf, es bestanden fortdauernd Verdauungsstörungen. Im übrigen entwickelte

sich die Patientin normal. Im Alter von 13 Jahren litt sie an hochgradiger Bleichsucht und sehr heftigem Erbrechen, das wiederholt auftrat; ein festes Korsett wurde nicht ertragen, da bei dem Versuch dasselbe anzulegen, sofort Schmerzen im Leib und Erbrechen auftraten. Im Alter von 30 Jahren traten die Schmerzen in der Magengegend, im Kreuz und in der rechten Seite bis zur Schenkelbeuge ausstrahlend sehr heftig auf, dazu „Krämpfe" in den Beinen und monatelang tägliches Erbrechen. Daneben bestand dauernd Verstopfung. Die Patientin wurde mehrfach mit der Diagnose „Gallensteine" nach Karlsbad geschickt, ohne davon mehr als vorübergehende Linderung zu verspüren. In den letzten Jahren wurden die Schmerzen immer unerträglicher, es traten mehrmals Anfälle auf, die die heftigsten Schmerzen in der erwähnten Gegend, Erbrechen und Diarrhöen brachten und die Patientin ans Bett fesselten. Sie vermochte schliesslich nicht mehr auf der rechten Seite zu liegen und litt viel an Kopfschmerzen und Schlaflosigkeit.

Die von Herrn Professor von Bramann angestellte Untersuchung ergab eine rechtsseitige Wanderniere.

Operation am 25. III. 1892.

Die Niere wird nach der von Bergmann'schen Schnittführung freigelegt und die Fettkapsel durchtrennt. Die capsula propria wird vom unteren Pol an in der Länge von etwa 6 cm incidiert und nach beiden Seiten etwa je 1 cm breit abgelöst. 3 Seidennähte werden durch die capsula propria und tief durch das Nierenparenchym einerseits, andererseits subperiostal um die 12. Rippe geführt; die Kapsel wird noch durch eine Seidennaht am Periost befestigt. Die Seidennähte werden mittels der durch Catgut vereinigten Fettkapsel überdeckt, die äussere Wunde dann vernäht und im unteren Wundwinkel ein Drain eingeführt.

Die Nachbehandlung verlief ohne Besonderheiten. Mehrfache spätere Untersuchungen ergaben stets das Fixiertbleiben der Niere. Nach eingezogener Nachricht vom 2. VI. 93 ist die Patientin andauernd ohne Schmerzen und Erbrechen. Die einzigen Klagen der übrigens in äusserst gehobener Stimmung befindlichen Patientin betreffen noch fortbestehende Nervenschwäche und Verdauungsträgheit.

Fall 2. Frau M., 34 Jahre alt, VI para, ist, abgesehen von Diphterie und Lungenentzündung im Kindesalter, stets gesund gewesen, hat ihre Wochenbetten immer glatt durchgemacht. Vor etwa 4 Jahren empfand sie ohne besondere Veranlassung brennende Schmerzen, die in der rechten Bauchseite begannen und ins Kreuz ausstrahlten. Der Stuhlgang war unregelmässig, verstopft, es bestanden Kopfschmerzen und Appetitlosigkeit. 3 Tage lang trat Fieber und Schüttelfrost auf. Der Patientin fiel auf, dass die von ihr gelassene Harnmenge an den verschiedenen Tagen sehr verschieden war; auch bestand Brennen beim Urinlassen. Sie lag $^1/_4$ Jahr zu Bett und kam in dieser Zeit körperlich sehr herunter, dann trat wieder eine Besserung des Zustandes ein.

Vor $2^1/_2$ Jahren, 14 Tage nach der letzten Entbindung, traten, wie Patientin meint, infolge von Erkältung, dieselben brennenden Schmerzen auf, die sich bei Anstrengung steigerten. Nach einiger Zeit bemerkte sie dann eine eigrosse Geschwulst unter dem Rippenrand, die beim Aufstehen tiefer trat, sich von ihr leicht hin und herschieben liess und auf Druck schmerzhaft war. Patientin litt auch wieder an heftigen Kopf- und Nackenschmerzen, Stuhlverstopfung und Brennen beim Urinlassen, auch Schüttelfrost und Fieber traten wieder auf. Diese Beschwerden hielten an, so dass Patientin am 2. XII. 92. die Klinik aufsuchte.

Die Untersuchung ergab eine rechtsseitige Wanderniere zwei Finger breit unter dem Rippenrand, die sich nach den Seiten und nach oben leicht verschieben liess und beim Aufrichten der Patientin und bei der Inspiration noch tiefer rückte. Der Urin war eiweissfrei.

Da die verschiedene Menge des täglich entleerten Urins auffiel, so wurde dieselbe täglich gemessen; die Menge schwankte in den zwölf Beobachtungstagen bis zur Operation zwischen 1000 und 400 ccm hin und her.

Operation am 17. XII. 92, nach derselben Methode wie in Fall I.

Der Wundverlauf war reaktionslos; die Urinmessungen wurden während der Nachbehandlung fortgesetzt, die Menge schwankte in den ersten 14 Tagen p. o. zwischen 400 und 1000, später kamen Aufstiege bis zu 1850 ccm zur Beobachtung. Dadurch dass Patientin etwa 8 Tage einen Tag in, den anderen ausser dem Bett gehalten wurde, liess sich feststellen, dass im ersteren Fall die Urinmenge anstieg, im letzteren abnahm.

Am 30. I. 93 wurde die Patientin entlassen, sie hatte keinerlei örtliche Beschwerden mehr, zeigte gutes Allgemeinbefinden. Der untere Pol der Niere war bei der Entlassung als ein unbeweglicher Tumor zu fühlen. Der Patientin wurde ein nach Gipsmodell gearbeitetes Korsett mit Pelotte mitgegeben.

Am 14. VII. 93 stellte sich die Patientin wieder vor; sie sieht gesund und kräftig aus, die Beschwerden sind nicht wiedergekehrt, die Verdauung ist normal. Die Harnmenge soll immer noch auffällig schwanken. An der Stelle, an der die Pelotte aufgesessen hat, giebt Patientin an Schmerz zu empfinden, der besonders bei dem Versuch

schwerer Arbeit sehr bemerkbar werde. Die Niere ist an der Fixationsstelle zu palpieren, sie lässt sich ein wenig nach oben, nach unten gar nicht verschieben.

Auch abgesehen von ihrer operativen Behandlung und deren Erfolg bieten diese Fälle von Wanderniere einiges Interesse. Was die Ätiologie derselben anlangt, so ist die Ursache in dem ersten Fall jedenfalls in dem in der Jugend erlittenen schweren Trauma zu suchen. Wenn Lindner meint, dass es sich auch bei der traumatischen Wanderniere in der Regel um eine angeborene Disposition handle, während das Trauma nur eine Hülfsursache darstelle, und den Vorgang mit der traumatischen Entstehung von Hernien vergleicht, so scheint mir dies, wenigstens für unseren Fall, nicht angenommen werden zu müssen. Eine weitgehende Dislokation der Niere, ein förmliches Fortschleudern derselben an eine ganz andere Stelle der Bauchhöhle ist ja freilich auch bei noch so schwerem Trauma nicht wahrscheinlich; warum aber sollte nicht durch das Überfahrenwerden eine Zerreissung und Dehnung des um die Niere gelegenen Gewebes soweit stattfinden können, dass eine geringe Verschiebung der Niere sich anschliesst. Die weitere Wanderung des Organs folgt dann als Folge des durch das Eigengewicht der gelösten Niere ausgeübten Zuges ganz allmählich, wie dies in unserem Fall die Steigerung der anfänglich ganz geringen Beschwerden im Lauf von über 40 Jahren zu den schwersten kolikartigen Anfällen, die die Fehldiagnose auf Gallensteine veranlasst haben, zu vollständiger Leistungsunfähigkeit und schwerster psychischer Depression auf das deutlichste darthut.

Weniger klar ist die Ätiologie des zweiten Falles, wenigstens des Uranfanges des Leidens. Die späterhin ein-

tretende plötzliche Steigerung der Beschwerden, und das tiefe Hinabtreten der Niere, die von der Patientin selbst bemerkt und beobachtet wurde, ist sicherlich eine Folge der 14 Tage vorher stattgehabten Entbindung. Die gerade in den ersten Wochen so rapide vor sich gehende Verkleinerung des Uterus und die damit notwendig verknüpfte Minderung des intraabdominellen Drucks wird bei schon vorhandener Beweglichkeit der Niere eine weitere, schnelle Wanderung derselben sehr leicht zur Folge haben, zumal wenn die Entbundene frühzeitig aufsteht und nicht für die Unterstützung der schlaffen Bauchdecken durch eine Leibbinde Sorge trägt.

Besonderes Interesse bot in dem letzten Fall die Beobachtung der abnorm grossen Schwankungen in den Tagesharnmengen, die nach Angabe der Frau schon seit dem ersten Auftreten der Erkrankung bestehen und auch jetzt noch anhalten.

Es lag anfangs nahe, diese Schwankung als Ausdruck einer bestehenden chronischen intermittierenden Hydronephrose, deren öfter beobachtetes Auftreten bei Wanderniere wir oben erwähnten, aufzufassen. Indessen hätten dann die Differenzen in den pro Tag ausgeschiedenen Harnmengen vom Tage der Operation an aufhören müssen, da die Fixation der Niere, wie die wiederholt angestellten Untersuchungen ergaben, eine so feste ist, dass irgend für eine chronische Hydronephrose in Betracht kommende Torsionen des Ureters vollkommen auszuschliessen sind. Die Schwankungen nahmen aber im Gegenteil mit der fortschreitenden Rekonvalescenz der Patientin noch erheblich zu. Leider sind die von der Patientin eingenommenen Flüssigkeitsmengen in der Krankengeschichte nicht notiert, so dass sich nicht feststellen lässt, ob die Differenzen einfach von Differenzen der Flüssigkeits-

aufnahme abhängen, die bei Bettruhe und Umhergehen der Patientin besonders gross werden, oder ob andere Momente, vielleicht nervöser Art in Betracht zu ziehen sind. Jedenfalls lehrt dies Vorkommnis, dass man nicht jede auffallende und anhaltende Schwankung der Harnmengen bei Wanderniere auf eine chronische intermittierende Hydronephrose beziehen darf. Einen dem unseren sehr ähnlichen Fall hat Schwerdtfeger veröffentlicht; auch dort blieb die Schwankung nach Ausführung der Nephrorhaphie bestehen. Indessen ist sein Fall wegen einer gleichzeitig bestehenden Spinalaffection nicht ohne weiteres als dem unseren gleichartig anzusehen.

Was nun die in unseren beiden Fällen angewandte Operationsmethode betrifft, so wurde das Hauptgewicht auf die Spaltung und breite Ablösung der capsula propria vom Parenchym gelegt, um so eine möglichst breite, massige Narbe zu erhalten, dann aber darauf, dass die Niere mittels tief durch das ganze Parenchym gelegter Seidensuturen an der untersten Rippe befestigt wurde. Dabei wurden die Fäden subperiostal geführt, um eine Verletzung des häufig so tief herabreichenden Pleurasackes zu vermeiden. An Stelle der zur Aufhängung der Niere verwendeten Seide würde für die Zukunft vielleicht noch besser Silberdraht zu wählen sein. Die Durchführung der Nähte durch das Parenchym und die Ablösung der Kapsel hat in beiden Fällen keinerlei Störungen in der Nierenfunktion gemacht.

Der Erfolg der Operationen ist als guter und jetzt wohl auch als dauernder anzusehen. Dass im ersten Fall die Obstipation weiter besteht, kann kaum wundernehmen, da, wenn sie überhaupt Folge der Wanderniere war, in der langen Reihe von Jahren ihres Bestehens sich sekundäre Veränderungen des Darmes werden entwickelt haben, die

auch nach Beseitigung der ursprünglichen Ursache nicht mehr verschwinden. Bei der anderen Patientin, bei der diese Störungen erst kürzere Zeit vorhanden waren, sind sie seit der Operation vollkommen beseitigt.

Diese günstigen Erfahrungen mit nach verbesserter Methode ausgeführten Nephrorhaphien finden ihre Bestätigung auch in anderen neuerdings mehrfach erschienenen Veröffentlichungen. So publicierte Herczel aus der Heidelberger Klinik 4 Fälle, von denen 3 mit breiter Resektion der Kapsel, 1 mit blossem Zurückschieben derselben operiert wurden. In allen wurde die Niere nach 2 und mehr Jahren unverrückt an ihrer Stelle gefunden; zwei der Patientinnen werden als vollkommen von allen Beschwerden befreit und arbeitsfähig bezeichnet; bei den beiden anderen traten im Lauf der Zeit doch geringe Schmerzen in der Lendengegend auf. Von diesen litt die eine Patientin an Hysterie, bei der anderen hatte sich infolge zu tiefer Fixation der Niere Kotretention eingestellt. Alle sonstigen Erscheinungen sind auch bei diesen beiden völlig verschwunden, so dass sie wohl als mit gutem Erfolg operiert bezeichnet werden können. Zur Naht, auch zu der durch das Parenchym und Periost geführten wurde Catgut verwendet, so dass also zur Fixierung der Niere mehr auf die sich um die resorbierbaren Fäden bildenden Narbenstränge, als, wie in unseren Fällen, auf ein eigentliches Aufgehängtbleiben der Niere gerechnet wurde. Die Wunde wurde stets ohne Einlegung eines Drains geschlossen, ein bei der Tiefe derselben und der infolgedessen doch leicht stattfindenden Sekretretention immerhin nicht unbedenkliches Verfahren.

Einen weiteren grösseren Bericht über 9 von ihm operierte Fälle hat Angerer veröffentlicht. Bemerkenswert

an seiner Methode ist, dass er die Fettkapsel spaltet und sie dann in den Wundwinkel einnäht, dass er aber die Incision der capsula propria und deren Ablösung vom Parenchym unterlässt, weil er dies für nicht unbedenklich hält. Es ist schwer verständlich, worauf diese Bedenken beruhen, da man, so oft die Ablösung der Kapsel auch schon ausgeführt ist, noch niemals irgend welche Nachteile davon gesehen hat. Die Blutung aus dem blossgelegten Parenchym hat noch nie solchen Umfang angenommen, dass sie nicht hätte durch Kompression leicht gestillt werden können. Angerer tamponierte ferner die Wunde und liess sie durch Granulationen heilen, ein Verfahren, das, wie aus der Frank'schen Arbeit hervorgeht, schon mehrmals von einer Ausdehnung der erschlaffenden äusseren Narbe und Vorfall der betreffenden Niere in ihr gefolgt war. Die Erfolge der 9 Operationen waren die, dass in 7 Fällen noch nach einer Reihe von Monaten Fixiertbleiben der Niere, völlige Heilung aller Beschwerden und wiedergekehrte Arbeitsfähigkeit zu konstatieren war; in zwei Fällen dagegen verzeichnet der Autor Misserfolge. Es handelte sich dabei einmal um ein mit Lungentuberkulose behaftetes Mädchen, bei dem 5 Monate nach der Operation ein tiefgreifendes schmutzig belegtes Geschwür in der Narbe entstand, das nicht zur Heilung zu bringen war; gleichzeitig traten die alten Schmerzen wieder auf. Übrigens ist nicht angegeben, ob die Niere sich wieder gelöst hatte, oder ob die Beschwerden von dem doch wohl tuberkulösen Geschwür herrührten. In dem anderen Fall handelte es sich um eine Hysterische, die bald nach der Operation gravid wurde und bei der sich vor Beendigung der Gravidität die Niere wieder lockerte. Dieser letztere Misserfolg wird nicht auf die Gravidität, sondern mit einiger

Wahrscheinlichkeit auf die angewandte Operationsmethode zu beziehen sein. Eine kurzfasrige, straffe, das Nierenparenchym breit mit der Rückwand verbindende Narbe, wie sie nach Ablösung der Kapsel entsteht, hätte wohl auch der überhaupt schwer verständlichen Einwirkung einer bald eintretenden Gravidität standgehalten. Besonders lehrreich in dieser Hinsicht ist der nachher noch etwas genauer anzuführende zur Sektion gekommene Fall von Tillmanns.

Abgesehen nun von einigen einzeln veröffentlichten Nephrorhaphien und auch von einer kürzlich erschienenen Arbeit von Edebohls, über die mir nur ein sehr kurzes Referat zugänglich war — Edebohls berichtet über 12 sämtlich mit vollem Erfolg operierte Fälle, — möchte ich hier noch die Arbeit von Tillmanns erwähnen sowohl bezüglich der von diesem erzielten Erfolge, als auch wegen des eben schon erwähnten Falles, der eine anatomische Prüfung der durch die Nephrorhaphie zu erzielenden Heilresultate gestattete. Tillmanns verfügt über 12 noch längere Zeit nach der Operation beobachtete Fälle, von denen 10 als dauernd erfolgreich bezeichnet sind; davon waren 6 definitiv geheilt, 1 starb nach 52 Tagen an phtisis pulmonum, 3 behielten die Erscheinungen der gleichzeitig mit der Wanderniere erworbenen traumatischen Neurose. Die übrig bleibenden 2 Fälle recidivierten. Die Methode der Operation war der in unseren Fällen angewandten ähnlich, einmal wurde die 12. Rippe resseciert, um die Niere möglichst weit nach oben schieben zu können, doch sah Tillmanns von dieser Modifikation keinen besondern Vorteil. Besonderes Interesse bietet der nach 52 Tagen zur Sektion gekommene Fall. Es zeigte sich bei der Untersuchung der Operationsgegend die Niere mit ihrer Umgebung durch ein noch blutgefässreiches,

am unteren Pol auch schon teilweise narbiges Bindegewebe fest verwachsen, so fest, dass nach Aussage des die Sektion ausführenden Pathologen eine wieder eintretende Lockerung des Organs wohl ausgeschlossen gewesen wäre; ein vorzüglicher Beweis für die Richtigkeit der Methode, in das Vernarbungsgebiet nicht nur die gefässarme capsula propria, sondern eine breite Wundfläche des Parenchyms hineinzuziehen.

Suchen wir uns nun aus den hier erwähnten Fällen von Nephrorhaphie und den von Sulzer zusammengestellten, soweit sie nach der verbesserten und jetzt allgemein geübten Methode der Nahtlegung durch das Nierenparenchym hindurch ausgeführt sind, ein Urteil über die Wahrscheinlichkeit des Fixiertbleibens der Niere zu verschaffen. Sulzer zählt, wie wir schon oben sahen, unter 36 mit Naht des Parenchyms ausgeführten Operationen, deren späterer Ausgang sich feststellen liess, 4 Recidive. Rechnen wir dazu die oben von uns erwähnten 27 Fälle mit 4 Recidiven, so ergiebt dies auf 63 Nephrorhaphien nur 8 mal, also in etwa 12,7% eine Wiederlösung der angenähten Niere. Dabei ist zu beachten, dass die Zahl der Recidive sich insbesondere durch die allgemeine Ausübung der Kapselablösung, die in den berücksichtigten Fällen lange nicht überall vorgenommen ist, und durch Benutzung der 12. Rippe noch weiter wird zurückdrängen lassen.

Sowohl unter den von Sulzer zusammengestellten Fällen als auch unter den anderen sind einige, in denen die ursprünglichen Beschwerden trotz des Fixiertbleibens der Niere weiter bestanden; das betrifft Kranke, deren Leiden nicht durch die Beweglichkeit der Niere, sondern durch allgemeine Hysterie, durch gleichzeitig mit der Wanderniere

erworbene traumatische Neurosen oder durch andere gleichzeitig vorhandene Krankheiten bewirkt waren. Derartige Misserfolge können aber bei Beurteilung des Wertes der Nephrorhaphie gegenüber den anderen Behandlungsmethoden der Wanderniere nicht in Betracht kommen, da sie selbstverständlich bei Anwendung dieser ebenso in Erscheinung getreten wären Solche Fälle möglichst von der Operation, wie überhaupt von jeder nur gegen die vermeintliche Ursache der Beschwerden, die Wanderniere, gerichteten Therapie zurückzuhalten, muss die Aufgabe der sorgfältigsten, längere Zeit fortgesetzten Beobachtung sein.

Einige Fälle sind weiterhin auch verzeichnet, in denen direkt als Folge der Operation gewisse Schädlichkeiten aufgetreten sind; so erinnere ich an den von Herczel mitgeteilten Fall von Koprostase als Folge der zu tiefen Fixation der Niere, an das oben erwähnte Auftreten von Vorfall der Niere in der erschlafften Narbe nach Heilung der äusseren Wunde durch Granulationen und anderes. Auch hier wird die richtige Wahl des Operationsverfahrens noch grössere Garantien für eine Vermeidung derartiger Übelstände bieten können.

Jedenfalls wird man in Hinblick auf die dargestellten, mit der Nephrorhaphie bisher gemachten Erfahrungen die Indikation für die Operation weiter stellen dürfen, als dies vor einigen Jahren von Sulzer auf Grund seiner Ergebnisse geschah. Man wird berechtigt sein, bei Wanderniere, die ihrem Träger irgend erhebliche und seine Arbeitsfähigkeit beschränkende Beschwerden macht, die Nephrorhaphie als ungefährliche und mit einiger Sicherheit definitiven Erfolg bietende Therapie vorzuschlagen. Für operationsscheue Patienten und solche, deren Beschwerden nicht erheblich

genug sind, um ihnen deshalb die Unbequemlichkeit eines längeren Krankenhausaufenthaltes zuzumuten, mögen Versuche mit passenden Bandagen und Badekuren am Platze sein. Die Exstirpation einer nicht durch sonstige Erkrankungen veränderten Wanderniere ist zu verwerfen.

Zum Schlusse erfülle ich die angenehme Pflicht, Herrn Professor Dr. von Bramann für die Unterstützung, die er mir bei Abfassung meiner Arbeit hat zuteil werden lassen, meinen verbindlichsten Dank auszusprechen.

Litteratur.

Fischer Benzon, Ein Beitrag zur Anatomie und Aetiologie der beweglichen Niere. Kiel. Inaug. Diss. 1887.

Keppler, Die Wanderniere und ihre chirurgische Behandlnng. Archiv für klin. Chirurgie 1879. B. 23 p. 520.

Stifler, Pract. Erfahrungen über die Wanderniere. Münch. Med. Wochenschrift 1892 No 28.

Landau, Wanderniere d. Frauen. Berlin. Hirschwald. 1881.

Sulzer, Wanderniere und ihre Behandlung durch Nephrorhaphie. D. Zeitschrift für Chirurgie 1891 B. 31.

Hahn, Operative Behandlung d. beweglichen Niere durch Fixation. Centralblatt für Chirurgie 1881 No 29.

Frank, Über die bisherigen Erfahrungen auf d. Gebiet d. Nephrorhaphie. Berl. klin. Wochenschrift 1889 No 9—11.

Lindner, Die Wanderniere d. Frauen. Neuwied. Heuser 1888.

Schwerdtfeger, Ein Fall von operativer Fixation einer Wanderniere nach Hahn. Greifswald. Inaug. Diss. 1886.

Herczel, Über operative Fixation der Wanderniere. Beiträge zur klin. Chirurgie 1892 B. 9 p. 648.

Angerer, Beiträge zur Chirurgie der Nieren. München. Med. Wochenschrift, 1891 No 30.

Edebohls, Movable kidney; with a Report of Twelve cases treated by Nephrorhaphy. Amer. Journ. of Med. Sciences 1893 April u. März.

Tillmanns, Über Nephrorhaphie u. Nephrektomie b. Wanderniere. D. Zeitschrift für Chirurgie B. 34. 1892.

Lebenslauf.

Verfasser der Arbeit, Franz Encke, Sohn des verstorbenen Geheimen Justiz- und Oberlandesgerichtsrats Dr. jur. Encke zu Naumburg a. S., evangelischer Confession, wurde am 22. Januar 1871 zu Greifswald in Pommern geboren. Seine wissenschaftliche Vorbildung erhielt er auf den Gymnasien zu Greifswald, Jena und Naumburg a. S., welch letzteres er Ostern 1889 mit dem Zeugnis der Reife verliess. Er besuchte die Universitäten Tübingen, Jena, Strassburg und Halle, um Medicin zu studieren. Am 23. Februar 1891 bestand er die ärztliche Vorprüfung, am 4. August 1893 das examen rigorosum. Während seiner Studienzeit besuchte er die Vorlesungen, Kliniken und Curse folgender Herren:

In Tübingen:

Braun, Henke, Vöchting.

In Jena:

K. Bardeleben, Biedermann, Dotmer, Fürbringer, Häckel, Knorr, Leubuscher, W. Müller, Riedel, B. S. Schultze, Seidel, Semon, Skutsch, Stintzing, Winkelmann, Ziehen.

In Strassburg:

Freund, Laqueur, Lücke, Naunyn, von Recklinghausen, Stilling.

In Halle:

Ackermann, von Bramann, Eberth, Harnack, von Herff, von Hippel, Hitzig, Kaltenbach, von Mering, Pott, Renk, Weber.

Allen diesen Herren, seinen hochverehrten Lehrern, spricht Verfasser seinen aufrichtigen Dank aus.

Thesen.

I.

Bei unkomplicierter Wanderniere ist die Nephrorhaphie zu empfehlen.

II.

An die Stelle des Kaiserschnittes bei relativer Indikation ist die Symphyseotomie zu setzen.

III.

Der Alkohol ist kein Kräftigungsmittel.